

申込日 2021年 〇月 〇日

太枠内をご記入の上、FAX : 059-228-9876までお送りください。

## 適性診断予約申込書

希望診断名	<input type="checkbox"/> 一般診断	<input checked="" type="checkbox"/> 初任診断	<input type="checkbox"/> 適齢診断	<input type="checkbox"/> 特定診断 I
-------	-------------------------------	--	-------------------------------	---------------------------------

※ 希望する適性診断の口印にし印を入れてください

### 【事業所情報】

事業所名	〇〇運送株式会社		営業所名	本社営業所
郵便番号	〇〇〇	—	〇〇〇〇	
住所	三重県〇市〇〇町〇丁目〇〇-〇			
TEL	〇〇〇	—	〇〇〇	— 〇〇〇〇
FAX	〇〇〇	—	〇〇〇	— 〇〇〇〇
担当者名	〇〇 〇〇			
三重県トラック協会	<input checked="" type="checkbox"/> 会員	<input type="checkbox"/> 非会員		
三重県交通共済協同組合	<input checked="" type="checkbox"/> 組合員	<input type="checkbox"/> 非組合員		
受診料支払方法	<input type="checkbox"/> 現金	<input type="checkbox"/> 振込		

※ トラック協会の会員・非会員等、該当する項目の口印にし印を入れてください

### 【受診者情報】

氏名	セイ	キョウサイ		メイ	タロウ	
	姓	共済		名	太郎	
生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	〇〇 年	〇〇 月	〇〇 日	
年齢	〇〇	才	勤務歴	〇〇	年	〇〇 か月

※ 記載の際には、口欄にし印を入れてください。

### 【受診希望日時】

診断日	西暦 〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
診断時間	<input checked="" type="checkbox"/> ① 10:00~12:00 (受付 9:40~)
	<input type="checkbox"/> ② 13:00~15:00 (受付 12:40~)
	<input type="checkbox"/> ③ 15:00~17:00 (受付 14:40~)

※ 受診希望の時間帯の口欄にし印を入れてください。

こちらの予約申込書をいただき次第、適性診断受診予約票を貴社宛にFAXさせていただきます。

お問い合わせ・・・三重県交通共済協同組合 安全・事故防止部